

ИЗВЕЩЕНИЕ

ОКРУГ

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

ПРЕКРАЩЕНИЕ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВА НА ФИНАНСОВУЮ ПОМОЩЬ

(ADDRESSEE)

Дата извещения : _____
Название дела : _____
Номер Имя работника : _____
Номер : _____
Телефон : _____
Адрес : _____

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрации штата: Если вы считаете, что это неправильно, вы можете попросить о слушании вашего дела администрацией штата. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Возможно ваши пособия не изменятся, если вы попросите о слушании до того, как эти изменения вступят в силу.

Сумма месячной денежной помощи

Общий доход от предприятия \$ _____

Расходы предприятия:

a. Стандартные 40% - _____

ИЛИ

b. Реальные - _____

Чистый доход от работы на себя = _____

Итого доход по нетрудоспособности (группа, получающая помощь, + люди, не относящиеся к этой группе) \$ _____

Скидка \$225 - _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности = _____

ИЛИ

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 = _____

Итого заработанный доход \$ _____

Чистый доход от работы на себя (с линии сверху) + _____

Промежуточный итог = _____

Неиспользованная сумма от скидки в \$225 (с линии сверху). - _____

Промежуточный итог = _____

Скидка с заработка дохода 50% - _____

Промежуточный итог = _____

Учитываемый доход по нетрудоспособности (с линии сверху). + _____

Остальной учитываемый доход от (группа, получающая помощь, + люди, не относящиеся к этой группе) + _____

+ _____

Алименты на ребенка, получаемые округом, за исключением части, выделенной на ребенка, от максимального пособия на семью (только для определения права на материальную помощь). + _____

(A) Чистый исчисляемый доход = _____

Максимально разрешенная помощь

Максимально разрешенная помощь для ____ человек (группа, получающая помощь, + люди, не относящиеся к этой группе)... \$ _____

Особые потребности (группа, получающая помощь, +люди, не относящиеся к этой группе) + _____

(B) Максимальная сумма помощи = _____

Medi-Cal: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы Medi-Cal (Программа медицинской помощи штата Калифорния). **Храните Вашу(и) пластиковую(ые) карточку(и), удостоверяющую(ие) пособия.** Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе Medi-Cal.

Талоны на питание: Это извещение НЕ меняет и НЕ останавливает льготы программы талонов на питание. Вы получите отдельное извещение о любых изменениях льгот по программе талонов на питание.

Получение только льгот программы Medi-Cal и/или талонов на питание НЕ учитывается при определении лимита времени программы денежной помощи.

Правила: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в отделе социального обеспечения: MPP